VII kadencja




# KANCELARIA SEJMU
# Biuro Komisji Sejmowych

## PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 23)**

z dnia 11 czerwca 2015 r.

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

# Komisji Polityki Senioralnej (nr 23)

11 czerwca 2015 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posła **Michała Szczerby (PO)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

**– sprawy różne;**

**– informacja na temat: Zdrowe starzenie – wyzwaniem dla innowacji. Polityka senioralna a zaspokajanie potrzeb osób starszych oraz utrzymywanie ich w zdrowiu. Rola innowacyjnych technologii w opiece nad seniorem. Innowacyjna medycyna.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Cezary Cieślukowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Włodzisław Duch** podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego wraz ze współpracownikami, **prof. dr hab. inż. Krzysztof Jan Kurzydłowski** dyrektor Narodowego Centrum Badań i Rozwoju wraz ze współpracownikami, **dr n. med. Piotr Bednarski** dyrektor Instytutu Reumatologii wraz ze współpracownikami, **prof. dr hab. Ewa Sikora** przedstawicielka Instytutu Biologii Doświadczalnej im. Marcelego Nenckiego Polskiej Akademii Nauk, **Anna Jakrzewska-Sawińska** wiceprezes Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe", **Jacek Borkowski** starszy specjalista w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, **Joanna Dolińska-Dobek** z Biura Pomocy i Projektów Społecznych Urzędu m.st. Warszawy, **prof. dr hab. med. Janusz Szymborski** członek Rządowej Rady Ludnościowej, **Jacek Gleba** przedstawiciel MDT Medical sp.o.o., **Teresa Kuziara** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami, **Barbara Górska-Kulesza** z Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Anna Solarska** starszy specjalista w Biurze Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania, **Monika Tomaszewska** przedstawicielka Pracodawców RP, **Zenon Wasilewski** przedstawiciel Business Centre Club, **Bogusława Osińska** główny specjalista Narodowego Funduszu Zdrowia, **Krystyna Lewkowicz** przewodnicząca Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku, **Zbigniew Trzeciak** członek Zarządu Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp. z o.o. w Warszawie, **Zbigniew Ogonowski** dyrektor Centrum Usług Socjalnych i Szkolenia Kadr Pomocy Społecznej „Ośrodek Nowolipie", **Iwona Roch** doradca i **Teresa Janiszewska** przewodnicząca Komitetu Seniorów, Emerytów, Rencistów i Inwalidów Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, **Renata Górna** prawnik OPZZ, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Zarządu Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Alina Gucwa** przedstawicielka PZERiI Lublin, **Sławomir Sobalski** i **Aleksandra Dunajewska** – prawnicy z Federacji Konsumentów, **Jarosław J. Szczepański** przedstawiciel SJ Consulting, **Barbara Kowalska** i **Cecylia Steczkowska** – przedstawicielki Stowarzyszenia MANKO, **Zofia Łukiewicz** przewodnicząca Puławskiej Rady Seniorów, **Elżbieta Wiśniewska** przedstawicielka Rady Seniorów Wilanów i prezes Zarządu Stowarzyszenia OMEGA, **Maria Godlewska** wiceprezes UTW Woli i Bemowa, **Michalina Chojnowska**, **Cecylia Martone** i **Teresa Nosarzewska** – przedstawicielki uniwersytetów trzeciego wieku oraz **prof. dr hab. Bolesław Samoliński** stały doradca Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Jakub Krowiranda** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Dzień dobry państwu. Bardzo proszę o zajmowanie miejsc. Szanowni państwo, otwieram kolejne posiedzenie sejmowej Komisji Polityki Senioralnej. Chciałbym bardzo serdecz-

nie przywitać wszystkich państwa przybyłych na dzisiejsze spotkanie. Zaproponowany porządek dzienny obejmuje temat: Zdrowe starzenie wyzwaniem dla innowacji. Polityka senioralna a zaspokajanie potrzeb osób starszych oraz utrzymywanie ich w zdrowiu. Rola innowacyjnych technologii w opiece nad seniorem. Ten punkt będą referowali minister zdrowia, minister nauki i szkolnictwa wyższego oraz dyrektor Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

Ze względu na zakończone przed chwilą posiedzenie prezydium naszej Komisji chciałbym wprowadzić zmianę w porządku obrad i zaproponować pierwszy punkt – sprawy różne, bardzo krótko przedstawię tylko jedną kwestię, która dzisiaj była omawiana i uzyskała pełną akceptację prezydium Komisji.

Czy jest zgoda na wprowadzenie takiej zmiany w porządku obrad: pierwszy punkt – sprawy różne, w którym przedstawię tylko jeden temat związany z Obywatelskim Parlamentem Seniorów, i drugi punkt, który zrealizujemy zgodnie z zaproponowanym wcześniej porządkiem i tematem? Nie widzę sprzeciwu.

W związku z tym chciałem poinformować, że do prezydium Komisji Polityki Senioralnej ze strony organizacji seniorskich, w tym w szczególności Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów oraz Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku, wpłynął wniosek o zwołanie w Polsce pierwszego Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, który miałby się odbyć w gmachu Sejmu 1 października z okazji Międzynarodowego Dnia Osób Starszych, ogłoszonego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych. Krajowe parlamenty seniorów są praktyką różnych krajów Unii Europejskiej, m.in. od 1994 r. taki parlament obraduje w Irlandii. Jest to działanie, które ma służyć przede wszystkim stworzeniu dobrej reprezentacji osób starszych na poziomie ogólnokrajowym. Jak państwo wiedzą, dysponujemy już dużym potencjałem środowiska PZERiI, środowiska uniwersytetów trzeciego wieku, zrzeszonego w dwóch ogólnopolskich organizacjach, jakimi są Ogólnopolskie Porozumienie UTW oraz Federacja Stowarzyszeń UTW. Mamy również gminne rady seniorów, które działają na podstawie art. 500 ustawy o samorządzie gminnym. Zostały one powołane w ponad stu gminach. Jest to baza, aby stworzyć taką reprezentację ogólnopolską.

Słowo „obywatelski" oznacza to, że Sejm będzie gospodarzem tego miejsca, udostępni logistykę, zasoby, Komisja Polityki Senioralnej obejmie patronat merytoryczny nad tym wydarzeniem, ale oczywiście Obywatelski Parlament Seniorów będzie reprezentacją osób starszych. W związku z tym zwracam się do państwa posłów o to, abyśmy dzisiaj wyrazili naszą opinię i rekomendowali do marszałka Sejmu na wniosek organizacji seniorskich zwołanie pierwszego Obywatelskiego Parlamentu Seniorów oraz przyjęli patronat merytoryczny nad tym wydarzeniem. Czy ze strony państwa posłów są jakieś uwagi, lub też głosy? Nie ma. W związku z tym stwierdzam, że Komisja Polityki Senioralnej rekomenduje marszałkowi Sejmu zwołanie pierwszego Obywatelskiego Parlamentu Seniorów oraz że Komisja Polityki Senioralnej przyjmuje patronat merytoryczny nad tym wydarzeniem.

Zamykam pierwszy punkt posiedzenia. Przechodzimy do drugiego punktu, który już państwu przedstawiłem.

Chciałbym bardzo serdecznie powitać w naszym gronie przedstawiciela ministra zdrowia w osobie pana Cezarego Cieślukowskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Bardzo serdecznie witam, panie ministrze. Witam również w imieniu minister nauki i szkolnictwa wyższego pana Włodzisława Ducha, podsekretarza stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Witam również bardzo serdecznie w naszym gronie dyrektora Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, pana profesora Krzysztofa Jana Kurzydłowskiego. Witam serdecznie, panie profesorze. Witam również wszystkich naszych gości, którzy licznie zgromadzili się na posiedzeniu Komisji.

Otrzymali państwo dwa materiały: materiał z Ministerstwa Zdrowia oraz materiał z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Szanowni państwo, to jest kolejne posiedzenie Komisji, które dotyczy innowacyjnych technologii. Temat był dyskutowany, chcemy go teraz kontynuować. Temat dotyczący ochrony zdrowia, także opieki nad seniorami są to obszary identyfikowane jako jedne z najważniejszych w polityce senioralnej, a postępujący proces starzenia populacji wymaga wdrożenia działań na zasadzie syner-

gii w różnych obszarach polityki publicznej, które będą stanowić efektywną odpowiedź na wyzwania demograficzne. Niewątpliwie wszelkie działania podejmowane w zakresie zdrowia, samodzielności osób starszych, są odpowiedzią na potrzebę tworzenia odpowiednich warunków dla jak najdłuższego utrzymania dobrego stanu i autonomii seniorów. Nowe technologie zaś są dużym wsparciem w opiece nad osobami starszymi, pozwalają w znacznym stopniu odciążyć system opieki zdrowotnej, ułatwić codzienne funkcjonowanie osób starszych, a opiekunom umożliwić godzenie ról, które pełnią w społeczeństwie i w rodzinie.

Szanowni państwo, pozwolą państwo, że rozpoczniemy od pana ministra zdrowia. Panie ministrze, głos należy do pana.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Cieślukowski:**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Cieszę się, że mogę w obecności tylu osób przedstawić działania, które MZ podejmuje w zakresie wdrażania innowacyjnych technologii telemedycznych związane z opieką nad osobami starszymi. Jak doskonale wszyscy wiemy, liczba osób starszych gwałtownie w Polsce wzrasta. Niestety, nie starzeją się one w dobrym zdrowiu, a wręcz przeciwnie, liczba osób chorych wymagających stałej opieki w Polsce rośnie.

Generalnie, w założeniach, które dotyczą stosowania urządzeń telemedycznych w opiece nad osobami starszymi, rozróżniamy takie obszary, jak telemedycyna, telezdrowie, teleopieka. I tutaj są zasadnicze różnice, jeżeli mówimy o tym, czego te obszary dotyczą. Telemedycyna są to ścisłe działania, związane z diagnozą, z wykorzystaniem telemedycyny w zakresie porad lekarskich. Teleopieka jest to wykorzystanie urządzeń o charakterze teleinformatycznym do opieki nad osobą starszą o charakterze częściowo medycznym, częściowo, nazwijmy, socjalnym, częściowo związanym z zapewnieniem jej bezpieczeństwa i samodzielnego funkcjonowania. W zakresie telemedycyny takim kluczowym zagadnieniem, które w tej chwili jest w trakcie opracowywania przez resort zdrowia, jest oczywiście podstawowa sprawa, czyli zmiana ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Kierownictwo resortu już przyjęło projekt tej ustawy. Jej celem jest wprowadzenie przepisów, również w ustawach towarzyszących, takich jak ustawa o zawodzie lekarza, które pozwolą oprócz udzielania porady lekarskiej w pełnym zakresie w formie bezpośredniego kontaktu lekarza z pacjentem, również na wykonywanie porady lekarskiej przy pomocy telemedycyny. Jest to kluczowe i podstawowe działanie, które doprowadzi do tego, żeby zastosowanie rozwiązań telemedycznych można było upowszechniać, a docelowo, żeby one stały się nie tylko formą aktywności podmiotów prywatnych na rynku poza opieką finansowaną ze środków publicznych, ale, żeby usługi medyczne świadczone za pomocy telemedycyny stały się również częścią świadczeń leczniczych finansowanych za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia.

W materiale wspomina się o tym, jakie rodzaje działań podejmujemy. Od strony prawnej, tak jak powiedziałem, jest to przede wszystkim zmiana ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Od strony organizacyjnej i technicznej przygotowaliśmy również bardzo duży projekt, który dotyczy utworzenia ogólnopolskiej platformy telemedycznej. Ten projekt został przygotowany przez nasze ministerstwo we współpracy z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i będzie wdrażany od bieżącego roku jako projekt pozakonkursowy. Platforma telemedyczna ma służyć takim obszarom, jak telekonsultacje, diagnostyka i ma być ukierunkowana głównie na uruchomienie świadczeń medycznych teleinformacyjnych w obszarze chorób przewlekłych, a w szczególności chorób układu krążenia. Tu trzeba powiedzieć, że ściśle współpracujemy z liderem, czyli z Centrum Chorób Serca w Zabrzu, które przygotowało w tej chwili kilkanaście projektów pilotażowych, dotyczących różnych elementów chorób układu krążenia.

Generalnie też patrzymy na ten problem w taki sposób, aby jak najszybciej doprowadzić do tego, żeby po przyjęciu zmian w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia rozpocząć prace we współpracy z Agencją Taryfikacyjną i z NFZ nad wprowadzaniem dofinansowania przez NFZ usług lekarskich z wykorzystaniem urządzeń telemedycznych. Rolą Agencji Taryfikacji będzie ocena urządzenia telemedycznego pod kątem spełnienia kryteriów dotyczących bezpieczeństwa i przydatności do realizacji wskaza-

nych badań. Oczywiście, NFZ w momencie, kiedy otrzyma pozytywne opinie Agencji Oceny Technologii Medycznych, ujmie to w koszykach świadczeń gwarantowanych.

Takie są główne działania jeżeli chodzi o telemedycynę i myślę, że one wychodzą też naprzeciw oczekiwaniom pacjentów i rynku, ponieważ presja na to, żeby te urządzenia zastosować także w powszechnej praktyce, nie tylko w tych usługach prywatnych, jest olbrzymia. Wszelkie badania pilotażowe, również zagraniczne, realizowane w krajach liderach telemedycyny, takich jak Wielka Brytania, Włochy, kraje skandynawskie czy Katalonia w Hiszpanii, pokazują, że patrząc globalnie, pod kątem poprawy jakości i dostępności, jak też obniżki kosztów usług świadczonych za pomocą telemedycyny, rzeczywiście jest to narzędzie, które może przynieść korzyści we wszystkich tych obszarach. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Serdecznie dziękuję, panie ministrze. Poprosimy teraz o zabranie głosu pana ministra Ducha z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego Włodzisław Duch:**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo. Nie wiem, dlaczego nie dostali państwo naszego opracowania, bo takie przekazaliśmy, ale zobaczymy, gdzie się co „zacięło" później.

W ramach swoich kompetencji MNiSW podjęło wiele działań w zakresie polityki senioralnej. Temat, jak wiemy, jest coraz ważniejszy, to już pan przewodniczący mówił. Dynamiczny wzrost telemedycyny, o którym przed chwilą słyszeliśmy, świadczenie usług medycznych i opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu telekomunikacji, informatyki, oczywiście, jakoś się zazębia z tym, co się dzieje w instytucjach podległych ministerstwu nauki. Działania w zakresie innowacji i zdrowego starzenia się, inicjowanie różnych programów poprzez nasze dwie agencje wykonawcze, czyli Narodowe Centrum Nauki (NCN) i Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBR), można podzielić na dwie grupy. Jedna to są działania krajowe, a druga to współpraca międzynarodowa.

Może przypomnę państwu, że od 2006 roku realizowany był projekt PolSenior, czyli aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. To był bardzo szeroko zakrojony program badawczy, który dostarczył danych o stanie zdrowia oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej najstarszej grupy polskiego społeczeństwa. Nasze ministerstwo wydało na to 12 mln zł. We wrześniu 2011 roku w Warszawie odbyła się konferencja naukowa, która podsumowała rezultaty tego projektu. Mogą państwo znaleźć bardzo obszerną monografię, która wszystkie te aspekty ilustruje, a której redaktorami byli prof. Małgorzata Mossakowska, prof. Andrzej Więcek i prof. Piotr Błędowski. Ta monografia jest dostępna w Internecie. Jest też szereg popularnych i specjalistycznych publikacji, które są również dostępne na stronie projektu PolSenior, wystarczy w wyszukiwarce napisać *polsenior*. Muszę powiedzieć, że do tej pory, również w tym roku, wiele prac się ukazało pod szyldem *PolSenior Study Group*. W tych dobrych czasopismach zamieszczanie publikacji zajmuje kilka lat, bo zanim się pojawią, najpierw muszą być odpowiednio ocenione. Tak że to jest coś, co właściwie jest etapem zakończonym w tej chwili, ale jest w tej chwili najlepszym punktem startu, jak nam się wydaje, do działań w tym zakresie.

Obecnie prowadzone są różne działania, zarówno krajowe, jak i we współpracy międzynarodowej. Mamy Krajowy Program Badań, który został przyjęty w 2011 r., i w tym KPB jest siedem kierunków, które stanowią podstawę do opracowania strategicznych programów badań naukowych i prac rozwojowych. To jest podstawa dla działalności NCBR. Wśród nich jest też taki temat jak: choroby cywilizacyjne, nowe leki, medycyna regeneracyjna w ramach programu strategicznego Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych, czyli STRATEGMED. Na pewno pan dyrektor Kurzydłowski państwu dokładnie o tym opowie i w związku z tym nie będę się nad tą częścią zatrzymywać. W każdym razie to dotyczy różnych chorób cywilizacyjnych, również tych, które są związane przede wszystkim z procesami starzenia się, oraz chorób psychicznych z tym związanych, jak choroba Alzheimera. Wieloletni budżet na realizację tego programu wynosi 800 mln zł

i już były dwa konkursy na 580 mln, tak że nowoczesne metody leczenia i diagnostyki rozwijamy.

NCBR ma też wiele projektów innowacyjnych, które się wpisują w problematykę zdrowego starzenia się. Przy pomocy różnych instrumentów realizuje, np. Program badań stosowanych. Tutaj były bardzo różne projekty, dotyczące m.in. wspomagania mobilności osób starszych, narzędzi wspierających umiejętności i wiedzę w zakresie, np. żywienia, kulinarnych zagadnień, a nawet takich, jak kwestia odzieży dla osób otyłych i starszych. Jest to tematyka, która jest finansowana również w zakresie badań podstawowych.

Narodowe Centrum Nauki dotychczas w ramach badań szeroko pojętej tematyki zdrowego starzenia się zrealizowało projekty na ponad 6 mln zł i w samym roku 2014 przeznaczyło około 1800 tys. zł na ten cel. Tych projektów naliczyłem dwanaście.

MNiSW wspiera też projekty badawcze, które są związane z tematyką zdrowego starzenia się i technologii w opiece nad seniorami. To jest dziedzina obecnie bardzo modna; dofinansowaliśmy międzynarodowe projekty w zakresie nowych strategii żywieniowych, zoptymalizowania produktów żywnościowych, biomarkerów starzenia się człowieka.

W zakresie współpracy międzynarodowej wymienię przede wszystkim uczestnictwo w kilku inicjatywach europejskich na większą skalę. Tematem tych inicjatyw są właśnie potrzeby osób starszych, w szczególności w zakresie zdrowia. Przedsięwzięcie, którego jesteśmy aktywnym uczestnikiem, to jest znowu po stronie NCBR, to Ambient Assisted Living Joint Programme, czyli program wspomagania życia osób starszych przy pomocy technologii, które są technologiami rozproszonymi, ukrytymi, *ambient technologies*. Ten program się opiera na wsparciu finansowym projektów o charakterze międzynarodowym i tutaj są zaangażowane też małe i średnie przedsiębiorstwa, ośrodki badawcze, organizacje społeczne, które reprezentują środowiska osób starszych. Jego celem jest zwiększenie dostępności produktów i usług, które są oparte na technologiach informacyjno-komunikacyjnych wspomagających proces aktywnego starzenia się w zdrowiu.

Uczestniczymy także w różnych Inicjatywach Wspólnego Programowania, czyli Joint Programming Initiatives *(*JPIs) . Celem tych inicjatyw jest koordynowanie na poziomie europejskim badań naukowych w obszarze związanym z różnymi wyzwaniami, a w szczególności z dużymi problemami medycznymi, społecznymi i ekonomicznymi. Ogólnie uważa się, że żaden pojedynczy kraj europejski nie jest w stanie zmierzyć się w pojedynkę z najważniejszymi problemami, nawet takie wielkie kraje jak Chiny przystępują do różnych form współpracy z Europą w tym zakresie. Jest w każdym razie taka ogólnoeuropejska mobilizacja. Stworzenie wspólnej strategii badań pozwoli na lepsze wykorzystanie potencjału badawczego i zabiegnie dublowaniu tych badań w krajach członkowskich.

W kontekście zdrowego starzenia trzeba także wspomnieć o trzech inicjatywach, które się pojawiły i w których Polska jest aktywnie obecna, np. w kwestii zwyrodnieniowych chorób centralnego układu nerwowego, czyli w programie The UE Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research (JPND). Skupiony jest on głównie na chorobach Alzheimera i Parkinsona. Polskie zespoły kilkakrotnie znajdowały się wśród zwycięskich projektów. NCBR przeznaczyło na ich finansowanie 5,5 mln zł. Jest też program, który nawiązuje do JPI HDHL, inicjatywy, która również jest związana z problematyką osób starszych, a przede wszystkim z dietą, bezpieczeństwem żywienia i chorobami dietozależnymi. Badania ogólnie nad wpływem żywności na zdrowie i procesy starzenia się są prowadzone na coraz większą skalę, np. Laboratorium Badań Żywnościowo-Żywieniowych na Wydziale Nauki o Żywności Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie otrzymało 22 mln zł, w tym prawie 19 mln z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na stworzenie grupy pięciu laboratoriów, które się zajmują tym tematem. Uniwersytet Medyczny w Łodzi w ub.r. został partnerem zwycięskiego konsorcjum Wspólnoty Wiedzy i Innowacji, czyli tzw. KIC (Knowledge Innovation Communities ) w obszarze Innowacje na rzecz Zdrowia i Aktywnego Starzenia. Konsorcjum skupia ponad 140 partnerów wiodących ośrodków naukowych, uniwersytetów, przedsiębiorstw i organizacji pozarządowych z 14 państw Europy, np. jednym z partnerów jest magistrat miasta Sztokholm, który jest też zainteresowany tym, żeby wspomagać osoby starsze. Polskie grupy badawcze mają bardzo istotny wkład, bo są w jednym z ośmiu *stars*, czyli

centrów koordynacji. W przyszłym roku będziemy mieli duży konkurs Food4Future, który jest planowany właśnie jako konkurs Wspólnoty Wiedzy i Innowacji, gdzie też prawdopodobnie konsorcjum, które wygra, będzie liczyło ze 100 albo więcej partnerów, a jednym z głównych tematów jest wpływ odżywania na proces starzenia się. W tej chwili już mamy konsorcjum w Polsce, które się zorganizowało i będziemy startować razem z konsorcjum, które jest koordynowane głównie przez Niemców. Na razie są tylko dwa, w poprzednim konkursie było ich sześć albo nawet osiem, w każdym razie było to większe wyzwanie. Wydaje się, że tutaj też mamy szansę odegrać znaczną rolę.

Tak że, podsumowując, na gruncie krajowym widać, że jest to tematyka obecna w badaniach naukowych i też aktywnie się włączamy w inicjatywy międzynarodowe, które dotyczą tego tematu. Finansujemy badania zarówno poprzez badania podstawowe, jak i aplikacyjne, patrząc na różne innowacyjne sposoby, które mogą pomóc w procesie zdrowego starzenia się. W kolejnych latach możemy się spodziewać podniesienia nakładów na innowacyjne projekty z tego zakresu, bo finansowanie takich przedsięwzięć będzie możliwe ze środków programów operacyjnych UE na lata 2014-2020, gdyż jest to w zakresie krajowej inteligentnej specjalizacji w dziale zdrowe społeczeństwo. Tematyka zdrowego starzenia się jest też bardzo istotna w wielu projektach badawczych UE, a w szczególności projektach związanych z Horyzontem 2020, czyli największym w historii programów badań naukowych w Europie i tu będziemy wspomagać nasze grupy badawcze, żeby się przyłączały do takich konsorcjów, które się będą starać o granty w ramach tego programu. Duże znaczenie przypisuje się rzeczywiście nowym technologiom informacyjno-komunikacyjnym, bez których trudno sobie wyobrazić nowoczesne i skuteczne metody opieki nad seniorami. Tak że pod różnymi kątami próbujemy wspomagać badania, które mogą przyczynić się do podniesienia jakości życia osób starszych. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Bardzo serdecznie dziękuję, panie ministrze, za informację. Poproszę teraz pana dyrektora Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, pana profesora Krzysztofa Jana Kurzydłowskiego, o zabranie głosu, dziękując jednocześnie za przedstawiony materiał dotyczący innowacji społecznych, jak i inicjatyw międzynarodowych, a także listy projektów finansowanych przez Narodowe Centrum Nauki. Bardzo proszę.

**Dyrektor Narodowego Centrum Badań i Rozwoju prof. dr hab. inż. Krzysztof Jan Kurzydłowski:**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo. W nawiązaniu do tego, o czym mówił pan minister Duch, chciałbym powiedzieć, że Narodowe Centrum Badań i Rozwoju finansuje przedsięwzięcia, które wprost i pośrednio dotyczą zagadnień, o jakich dzisiaj Wysoka Komisja dyskutuje. Jeśli chodzi o te, które dotyczą wprost, to, tak jak powiedział pan minister Duch, przekazaliśmy więcej szczegółowych informacji. Jest wiele finansowanych przez nas projektów, które podejmują w szczególności kwestie wykorzystania nowych technologii do podniesienia komfortu życia i zapewnienia większego standardu opieki zdrowotnej osobom starszym. Była tu mowa już o telemedycynie, była mowa także o projektach, które mają na celu ułatwić poruszanie się osobom starszym. Istotne, że projekty te są wykonywane wspólnie przez sferę naukową i przez przedsiębiorców, co powoduje, że są duże szanse, a w większości tych projektów nie tylko szanse, ale i konkretne efekty, wynikające z przeniesienia tych nowych technologii na rynek. Już w tej chwili jest wiele polskich firm oferujących systemy, które pozwalają zdalnie monitorować stan zdrowia osób starszych i stosownie do wyników monitoringu podejmować działania, które wynikają z konkretnej sytuacji. Jest też kilku producentów, którzy podjęli produkcję m.in. urządzeń ułatwiających poruszanie się osobom starszym. Wiele projektów jest na etapie zbliżającym się do zakończenia fazy wdrożeniowej. Bierzemy także udział w programach, które mają wymiar międzynarodowy, tak jak była już o tym mowa, w szczególności w przedsięwzięciach realizowanych wspólnie z partnerami z Unii Europejskiej i kilka takich przedsięwzięć jest w tej chwili w fazie przygotowawczej. Bardzo interesującymi pomysłami, które, mam nadzieję, zostaną przedłożone nam do akceptacji, są te związane

z dosyć całościowym podejściem do problemów starzejącej się populacji, w szczególności w Łodzi i na Opolszczyźnie.

Jeśli chodzi o pośrednie sposoby realizacji przedsięwzięć mających tutaj znaczenie, to oczywiście trzeba podkreślić, że finansujemy w sumie na niebagatelną kwotę zbliżającą się do miliarda złotych przedsięwzięcia ukierunkowane na nowe technologie w medycynie, nowe terapie medyczne i na opracowanie zasad i procedur wytwarzania zdrowszej żywności, pozwalającej utrzymać dobrą kondycję fizyczną w dłuższym czasie. Jest tego tak wiele, zarówno w formie programów strategicznych, tak jak wspominany już Program STATEGMED, którego całkowity budżet docelowy wynosi 800 mln zł, poprzez program BIOSTRATEG, który obecnie realizujemy, że nie sposób tutaj wyjąć jakikolwiek konkretny kawałek, żeby go omawiać w większej liczbie szczegółów.

Chciałbym jednocześnie, korzystając z możliwości tej wypowiedzi, bardzo przeprosić pana przewodniczącego i Wysoką Komisję, ale o godzinie trzynastej muszę być w innym miejscu Warszawy w związku z obowiązkami służbowymi wynikającymi z wizyty delegacji szwedzkiej w Polsce. Jest jednak ze mną pani doktor Izabela Rzepczyńska, koordynator programu STRATEGEMED i programu INNOMED, a także koordynator współpracy międzynarodowej w obszarze medycznym i jeśli będzie potrzeba przedstawienia większej liczby szczegółów dotyczących konkretnego programu czy projektu, to będę prosił o to panią dr Rzepczyńską. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze, za przedstawioną informację.

Szanowni państwo, otwieram dyskusję.

Bardzo proszę o przedstawienie się i zabranie głosu. Zielony przycisk, bardzo proszę.

**Przedstawicielka Instytutu Biologii Doświadczalnej im. Marcelego Nenckiego Polskiej Akademii Nauk prof. dr hab. Ewa Sikora:**

Dzień dobry państwu. Nazywam się Ewa Sikora, jestem z Instytutu Biologii Doświadczalnej im. Marcelego Nenckiego Polskiej Akademii Nauk. Uczestniczę drugi raz w spotkaniach Komisji i bardzo się cieszę z tego, co usłyszałam, bo rzeczywiście widzę, że to jest dwudzieste trzecie spotkanie, Komisja bardzo mocno pracuje i są tego efekty. Uważam jednak, że dzisiaj spotkałam się z pewnymi objawami demagogii, zwłaszcza jeśli chodzi o wypowiedzi pana ministra Ducha i pana dyrektora Kurzydłowskiego dotyczące programów gerontologicznych.

To, co dzieje się w tej chwili, jest bardzo ważne – i telemedycyna, i rehabilitacja, także robotyka, odżywianie, te wszystkie aktywności, o których państwo mówią, są niezwykle ważne. Ale ciągle brakuje nam jeszcze tego pnia, a pniem powinna być gerontologia, czyli wszystko to, o czym państwo mówią, powinno skupiać się wokół gerontologii. Program STRATEGMED nie jest poświęcony gerontologii. Tam są elementy, tam jest kardiologia, neurologia i jeszcze medycyna regeneracyjna, a my zdecydowanie potrzebujemy programu, którego pniem, którego trzonem byłaby gerontologia. Gerontologia to są nauki podstawowe, to jest geriatria, czyli medycyna, to jest biogerontologia i to jest żywienie, i tak dalej, i tak dalej. I tego nam brakuje. Mówienie, że STRATEGMED jest poświęcony zagadnieniom gerontologicznym, jest pewnym przekłamaniem. Potrzebujemy programu, który byłby poświęcony gerontologii. Spotykają się państwo tyle razy i wiedzą już, co znaczy gerontologia i geriatria. Już nie powiem o tym, że nauki podstawowe są po prostu zaniedbane w tym wszystkim.

To co pan profesor Duch powiedział o wsparciu NCN, to jest naprawdę demagogia, dlatego, że NCN nie ma żadnego programu poświęconego gerontologii. Każdy może tam składać projekt. I akurat tak się zdarzyło, że 12 projektów, które pan minister wybrał, dotyczy starzenia się w sposób też nie bezpośredni, tylko pośredni, bo tam są słowa Alzheimer i w podeszłym wieku. To jest czysty przypadek po prostu. Tych projektów jest cała masa, a akurat te zostały poświęcone starzeniu się. Pan minister Duch powiedział też, że PolSenior to jest punkt startu. Zgadzam się z panem ministrem, to jest fantastyczna rzecz. PolSenior zrobił olbrzymią rzecz i to powinien być punkt startu. Tylko co to znaczy, jakie konkrety za tym idą? Jak można wykorzystać program PolSenior, żeby dalej działać?

Bardzo przepraszam za te mocne słowa, ale od lat jestem związana z badaniami procesu starzenia się i od lat borykam się z problemem takim, że nie ma programów, do których można by aplikować. Innowacja jest niezwykle ważna i rzeczywiście dobrze, że to się dzieje. Ale innowacja to nie wszystko. Mówią tu państwo czasem o naukach podstawowych. Nauki podstawowe są zupełnie teraz zaniedbane, zarówno w Horyzoncie, jak i w STRATEGMED. NCBR oczywiście, z racji swoich programowych zadań, nie może się zajmować naukami podstawowymi, tylko innowacyjnymi, ale proszę nie mówić, że prowadzą państwo współpracę z badaczami nauk podstawowych. Telemedycyna jest niezwykle ważna, ale to jest tylko część problemów, z którymi boryka się geriatria, gerontologia. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Bardzo dziękuję, pani profesor, za tę opinię. O głos poprosiła pani wiceprzewodnicząca, pani profesor Józefa Hrynkiewicz.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Panie przewodniczący, panowie ministrowie, szanowni państwo. Z najwyższą uwagą wysłuchałam tych przedłożeń, ale gdybym chciała z nich wyciągnąć jakieś wnioski dla pracy parlamentu czy rządu i powiedzieć, że bardzo czekam na wyniki tych badań, które skończą się w roku 2015 i 2016, to nie powiem, że tak jest. Oczekiwałam, że panowie ministrowie przedstawią nam generalnie zarysowany program, który pokazywałby sytuację w różnych aspektach ludzi w wieku podeszłym, których będzie za kilkanaście lat już nie powiem, jak dużo, bo blisko jedną trzecią naszego społeczeństwa, i pokażą, w jakim kierunku te badania są prowadzone. Z tego, co usłyszałam, wynika, że przy okazji prowadzi się takie badania. Porównajmy to, np. z sytuacją w Niemczech. Niemcy w końcu lat 60., gdy ich sytuacja demograficzna była nieco lepsza niż nasza obecnie, rozpoczęli wielkie badania po to, żeby na początku lat 90. wprowadzić rzeczywiście systemowe, bardzo duże rozwiązania dotyczące sytuacji ludzi starych. Ja tego tutaj nie widzę.

Próbowałam samodzielnie przedrzeć się przez tę całą muzykologię, którą państwu tutaj stosują pod różnymi hasłami do tych programów, ale nie udało mi się z tego stworzyć jakiegoś spójnego pomysłu, że oto chcą panowie dać jakiś produkt, z którego będziemy mogli skorzystać i będę mogła usiąść i porozmawiać, w jakim kierunku prowadzić pewne działania. One wszystkie są niewątpliwie potrzebne i one wynikają, jak sądzę, z pewnych pomysłów, które zgłaszają uczeni, ponieważ interesują ich pewne zagadnienia z punktu widzenia ich własnej dziedziny, własnej nauki. Ale żeby to wynikało z jakiejś polityki naukowej, czyli przyjęcia pewnych celów… Bo przecież tutaj są badania podstawowe i zgadzam się z panią profesor, że badania podstawowe w Polsce są generalnie zaniedbane. Wobec tego są jakieś badania stosowane. Żeby z nich wynikała jakaś całość, żeby z tego można było zbudować jakiś program – ja tego nie odnalazłam. Ale może źle szukałam. Więc nie roszczę sobie prawa do tego, że to dobrze odczytałam i dobrze szukałam.

Wobec tego chciałabym wiedzieć, jaki w polityce naukowej – uprawianej zarówno przez MNiSW, przez NCN, przez NCBR – mają państwo program związany z bardzo głębokimi zmianami demograficznymi, które zachodzą w Polsce? Jeśli o zmianach po stronie migracji czy po stronie urodzeń możemy powiedzieć, że może się zdarzyć tak lub inaczej, to po stronie starzenia się mamy pewność jak dwa razy dwa równa się cztery. Bo jeśli dzisiaj ktoś ma 50 lat, to za 10 lat będzie miał 60. I to jest sprawa jasna, jeśli będzie miał w ogóle, więc to też jest ważny aspekt. I dlatego jest to moje pytanie do panów ministrów – jaki program z tego ma się wyłaniać i czy my, jako Sejm, możemy powiedzieć, że będziemy oczekiwali na te wyniki, którymi się posłużymy w projektowaniu rozwiązań? Bo przecież tylko na podstawie badań, na podstawie rzetelnej wiedzy można zaprojektować dobre rozwiązania. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Bardzo dziękuję. Rozumiem, że pan minister, pan profesor Duch wspominał o materiale ministerstwa nauki – jest on wyłożony na końcu sali. Przepraszamy, że nie wszystkie osoby otrzymały ten materiał.

Rozumiem, że tym planem, o którym pani profesor Hrynkiewicz mówi, jest Krajowy Program Badań, przyjmowany jako uchwała Rady Ministrów. Stąd też pytanie

do pana ministra – co jaki czas jest aktualizowany KBN? Z informacji, którą otrzymaliśmy, wynika, że był on przyjęty 16 sierpnia 2011 r. Jesteśmy w roku 2015 i powiedzmy sobie szczerze, że inaczej pojmowana jest obecnie polityka senioralna. W kręgach decyzyjnych rozumie się ją jako tworzenie, kształtowanie warunków dla zdrowego, godnego i aktywnego starzenia się. W związku z tym też bym prosił o odpowiedź na pytanie, kiedy nastąpi przedstawienie Radzie Ministrów nowego KPB i czy w ramach priorytetów tego nowego programu uwzględnione będą tematy, którymi zainteresowana jest Komisja Polityki Senioralnej? Bardzo dziękuję.

**Podsekretarz stanu w MNiSW Włodzisław Duch:**

Proszę państwa, spróbuję odpowiedzieć. Rozumiem uwagi pani profesor Sikory, ale nie takie, że uprawiam demagogię, bo nie mówiłem, że mamy spójny projekt dotyczący gerontologii. Jak najbardziej się zgadzam, że taki spójny projekt by się przydał, że to, co zrobiliśmy już w ramach PolSeniora, to jest dobry punkt startu i to myśmy zrobili, to był nasz projekt systemowy i że powinniśmy zrobić krok dalszy. Niemniej polityka zdrowotna musi mieć pewne cele, które nam wyznaczy Ministerstwo Zdrowia i za tymi celami oczywiście powinny iść programy badawcze rzeczywiście bardziej skupione na pewnych elementach związanych z procesami starzenia się. Wspomniałem, jak i pan dyrektor wspomniał, że mamy szerokie programy, w których to się mieści, ale nie zostało to wyróżnione. Przepraszam, ale nie zostało wyróżnionych tysiąc innych rzeczy. W tej chwili jest Inicjatywa Neuroinnomed dla Polski, zresztą z pani profesor instytutu, dotycząca chorób ogólnie neurodegeneracyjnych, niekoniecznie tylko osób starszych. Tego typu inicjatyw możemy znaleźć dużo, żeby znaleźć wewnątrz dużego programu… bo to jest program strategiczny i to jest program sektorowy – żeby znaleźć wewnątrz takich programów odpowiednie strumienie, czy skupić się, powiedzieć: dobrze, mamy konkurs, który jest tylko na to przeznaczony. Jak najbardziej to jest rzecz, którą, wydaje się, będziemy w stanie zrealizować.

Jeśli chodzi o KPB, też zupełnie się zgadzam z panią profesor, że dobrze by było, gdybyśmy mieli na końcu produkt. Takim produktem było rzeczywiście podsumowanie w ramach PolSeniora. No i teraz powinniśmy sobie postawić ambitne cele, dotyczące tego, co chcemy osiągnąć i te cele musimy sobie postawić, współpracując z MZ. Razem z dyrektorem Kurzydłowskim odwiedziłem dwa tygodnie temu MZ i na ten temat rozmawialiśmy z ministrem Radziewiczem-Winnickim, ale akurat dzisiaj go nie ma, więc nie podejmowaliśmy specjalnie tej kwestii. Jak państwo wiedzą, to może chwilę potrwać, zanim uda się nam pewne rzeczy ustalić.

Jeśli chodzi o sam KPB, to on istnieje cztery lata; na kolejnym posiedzeniu Rady NCBR zaplanowaliśmy dyskusję nad jego konieczną modyfikacją. On jest bardzo ogólny, dotyczy tego, że mamy sześć tych dużych obszarów. Raczej bardziej patrzymy w tej chwili pod takim kątem, że nowe projekty i pieniądze europejskie są związane z krajowymi inteligentnymi specjalizacjami. To jest pomysł Komisji Europejskiej, żebyśmy się skupili na obszarach, w których jako kraj możemy być dobrzy i to są te krajowe specjalizacje, czyli jako regiony możemy coś tutaj wnieść istotnego. W ramach tych inteligentnych specjalizacji mamy również specjalizację, w której się pojawiają te elementy, znowu nie jest to taka spójna specjalizacja, że będziemy robić coś w tym zakresie, ale te elementy się tam pojawiają. To, że elementy są rozproszone, to prawda. Teraz pytanie, kto powinien to scalić? I tu być może, podobnie jak w przypadku PolSeniora, powinniśmy ogłosić konkurs, bo to jest to, co ministerstwo może zrobić, na projekty w tym zakresie. To jest rzecz, o której, uważam, warto pomyśleć, i to jest rzecz, którą przy współpracy z MZ powinniśmy jak najbardziej przedyskutować. Tak że liczę na to, że się uda to zrobić. Ale biję się w piersi. Mamy szerokie programy, są pieniądze zarówno w NCN, jak i w NCBR,w różnych programach i jest współpraca międzynarodowa. Tak że dobrze by było zebrać to w jeden spójny program. Tylko że to jest duży wysiłek, jak państwo wiedzą, i potrzebujemy wsparcia z różnych stron, żeby doprowadzić do powstania takiego spójnego programu.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Bardzo dziękuję. Proszę kolejne osoby. Pani doktor, później pan profesor po lewej stronie. Bardzo proszę.

**Wiceprezes Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe" Anna Jakrzewska-Sawińska:**

Dziękuję bardzo, że mogę wystąpić przed państwem. Moje nazwisko Anna Jakrzewska-Sawińska, jestem z Poznania, prowadzę od 15 lat poradnię geriatryczną i hospicjum geriatryczne. Proszę państwa, przychodzę tutaj, przyjeżdżam na wszystkie zjazdy, na te wszystkie spotkania od początku, czyli od dwóch lat. I cały czas z przerażeniem słucham tego, co państwo mówią. Bo mówią państwo o bardzo dużych sprawach, na pewno wszystkim bardzo potrzebnych, ale cały czas słyszę tylko, co ma być. Są tylko projekty. A nikt mi jeszcze nie powiedział, co można już dzisiaj zrobić i poprawić. Bo poprawić można bardzo dużo. Starszych ludzi dzisiaj jeszcze nie interesuje telemedycyna i teleopieka. Jestem jak najbardziej za teleeopieką i telemedycyną, trochę gorzej z tą opieką, ale najpierw zróbmy to, co spowoduje, żeby już dzisiaj starym ludziom żyło się lepiej.

Proszę państwa, ciągle brak nam nie tyle programów, bo programy to my mamy, tylko praktycznych działań, abyśmy mogli objąć holistyczną opieką starych ludzi. Bo dzisiaj osiemdziesięciolatek, a nawet siedemdziesięcioletni stary człowiek nie może czekać na to, żeby była dobra polska medycyna. A zrobić można już bardzo dużo. Po pierwsze, powinniśmy naprawdę się zastanowić, jakie są aktualne potrzeby ludzi, ile mamy pieniędzy i co możemy dzisiaj zrobić. Biedzimy się niesamowicie nad tym, co trzeba robić dziś, a co można zrobić jutro, a co za dziesięć lat. Nie ma właśnie takiego planu i nie ma tego, że jeżeli już dzisiaj możemy pewne rzeczy robić, to powinniśmy.

Rzadko zabieram głos, ale bardzo dużo piszę i do wszystkich państwa już pisałam. Wystarczyłoby poprawić wiele rzeczy w polskiej medycynie. Gdybyśmy mogli, np. pozwolić na pracę lekarzom po zakończonej specjalizacji z geriatrii, przed egzaminem. Proszę sobie wyobrazić, że mam poradnię, gdzie, oprócz czterech lekarzy po specjalizacji z drugim stopniem interny i dwudziestoletnim stażem w szpitalu, mam jednego lekarza specjalistę geriatrii – a wiedzą państwo, że ich nie ma – który ma siedem godzin w tygodniu. On nie może pracować siedem godzin dziennie w poradni geriatrycznej, tylko może przyjmować siedem godzin w tygodniu tych pięć osób, bo musi być 50% pracy godzin lekarza specjalisty. Proszę państwa, to jest naprawdę aż trudne do zrozumienia.

Druga sprawa: ani pielęgniarkom, ani psychologom – a psycholodzy, zwłaszcza neuropsycholodzy są bardzo potrzebni w poradni geriatrycznej – ani rehabilitantom nie płacimy za badania geriatryczne. Mamy mieć obligatoryjnie tych ludzi, ale mamy to robić z pieniędzy, które dostajemy, a ich jest bardzo mało. Ja, np. w Poznaniu, w mojej poradni, mam 2500 zł na miesiąc na geriatrię w Poznaniu i województwie. Poza tym – co jest jeszcze bardzo ważne – żebyśmy mogli psychiatrów i neurologów również opłacać, jeśli są oni w poradni geriatrycznej.

Mamy bardzo trudny okres. W mojej poradni pracuje kilku emerytowanych lekarzy profesorów, zresztą świetnych fachowców. I oni nie mogą pracować w poradni geriatrycznej, bo nie mają specjalizacji z geriatrii. Ale są świetnymi internistami i mogliby nam bardzo pomagać, tym bardziej, że przez całe życie pracowali ze starymi ludźmi.

Jak można by dzisiaj pomóc? Wytłumaczyć lekarzom rodzinnym, że należy wypisywać skierowania do geriatrii, do poradni geriatrycznej, bo oni tego nie chcą robić. Wytłumaczyć, jak bardzo potrzebni są geriatrzy i właśnie ile mogą pomóc lekarzowi rodzinnemu. Nigdy nie byłam lekarzem rodzinnym, ale wyobrażam sobie, że „dostać lekarza zdiagnozowanego to byłaby duża sprawa".

Proszę państwa, w dobrze prowadzonych poradniach mogłyby powstawać poradnie geriatryczne diagnostyczne, gdzie w ciągu dwóch, trzech dni można by wykonać badania całościowe. To jest dzisiaj bardzo ważne, bo ciągle mamy problemy z wczesnym rozpoznawaniem chorób otępiennych. Nie muszę państwu mówić, że im wcześniej rozpoznamy i wcześniej zaczniemy leczyć, to będą efekty. Może nie takie spektakularne, może ci ludzie nie wyzdrowieją, ale można przedłużyć ich okres sprawności.

Co jest jeszcze bardzo ważne? Dostałam np. ASOS, bardzo się z tego cieszę i bardzo dziękuję tym osobom, które mi to dały. Najlepszym dowodem jest i to, że pacjenci przysłali podziękowanie panu ministrowi Kamyszowi, że mogą brać udział… ponieważ ja w poradni poza pracownią psychologiczną, dietetyką, mam również siłownię, salę gimnastyczną. Ale proszę sobie wyobrazić, że dzięki ASOS, dzięki temu grantowi mogę prowadzić te badania. Ale, np. czego nie mogę zrobić? Nie mogę zbadać pacjentów, bo nikt mi za to nie chce zapłacić. Fundusz nie chce zapłacić, to znaczy, by zapłacił, gdyby lekarz rodzinny dał skierowanie. Gdyby, np. w ramach tego ASOS, zastanowiono się i stwierdzono, że warto jednak robić badania lekarskie, diagnostyczne, bo sobie nie wyobrażam, żebym osiemdziesięciolatka, a nawet siedemdziesięciolatka wysłała na siłownię bez zrobienia badań, bo przecież za to ja odpowiadam. Tak że, proszę państwa, gdybyśmy już dzisiaj pewne rzeczy wprowadzili…

O tym wszystkim, o czym mówię, piszę od 10 lat. Proszę sobie wyobrazić, że znalazłam w tej chwili jedno z moich wystąpień z 2003 r. i to, co mówię w tej chwili, mówiłam już w 2003 r. Proszę państwa, starzy ludzie naprawdę nie mogą czekać. Trzeba się tym już naprawdę zająć. A niezależnie od tego zajmujmy się różnymi innymi sprawami, telemedycyną, co jest jeszcze odległą sprawą, bo, po pierwsze, musimy się zastanowić, kto za to wszystko zapłaci. Zróbmy już dzisiaj pewne rzeczy, nie czekajmy na to aż nam manna z nieba spadnie, zacznijmy działać już od dzisiaj. I bardzo o to proszę. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Bardzo dziękuję, pani doktor. Też jestem wdzięczny za wszystkie uwagi, która pani doktor Jakrzewska-Sawińska przekazuje. Chciałbym tylko przypomnieć, że na poprzednim posiedzeniu Komisji rozmawiając także o wielkich zespołach geriatrycznych, w obecności prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wnioskowaliśmy o zakontraktowanie usługi, jaką jest całościowa ocena geriatryczna w leczeniu ambulatoryjnym. Ta rzecz nie występuje, a wydaje się, że jest bardzo istotna z punktu widzenia holistycznego podejścia do osoby starszej i zdiagnozowania też tych wszystkich zaburzeń, które mają często charakter wielonarządowy. Bardzo dziękuję za opinię.

Bardzo proszę, pan…

**Członek Rządowej Rady Ludnościowej prof. dr hab. med. Janusz Szymborski:**

Ja się przedstawię.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Bardzo proszę, panie profesorze. Później pan doradca stały Komisji, pan prof. Samoliński.

**Członek Rządowej Rady Ludnościowej prof. dr hab. med. Janusz Szymborski:**

Janusz Szymborski, Rządowa Rada Ludnościowa. Chciałbym zabrać głos w dwóch sprawach. Po pierwsze, odnośnie do tego ważnego programu prowadzonego przez NCBR, które nazywa się STRATEGMED. Rządowa Rada Ludnościowa corocznie organizuje duże konferencje poświęcone różnym zagadnieniom w ochronie zdrowia, w tym z nastawieniem na ludzi starszych. W grudniu odbyła się duża konferencja onkologiczna, została opublikowana monografia i w tej monografii zawarto bardzo istotny głos w dyskusji, dotyczący STRATEGMEDU. Otóż pan prof. Wysocki, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego stwierdził po wizytach w narodowym centrum, że STRATEGMED nie dotyczy w żadnym wypadku problematyki czynników ryzyka, problematyki zdrowia publicznego, a koncentruje się wyłącznie na zagadnieniach *stricte* klinicznych. To, o czym dowiedziałem się dzisiaj, że warmiński uniwersytet otrzymał 22 mln zł na badania związane z żywieniem, świadczyłoby, że następuje pewna korzystna zmiana, bo jak państwo wiedzą, czynniki ryzyka nie znikają po 65. roku życia, one raczej się kumulują i wpływają na to, że to dłuższe życie niestety niekoniecznie jest zdrowe. Bez zrozumienia znaczenia zdrowia publicznego w geriatrii, w gerontologii będzie bardzo trudno wypełnić pewne luki w wiedzy na temat zdrowego starzenia się.

I druga sprawa, którą chcę poruszyć. Nie wiem, do kogo ją skierować, czy do pana ministra zdrowia, czy do ministerstwa nauki – chodzi o badania kliniczne. Otóż specjaliści, profesjonaliści w zakresie zdrowia publicznego, zwracają uwagę na fakt, że z wielu badań klinicznych wyłączone są osoby ze względu na wiek. Badania kliniczne leków,

procedur nie obejmują ludzi starszych. To jak mamy zdobywać wiedzę na temat dawkowania leków, profilaktyki chorób zakaźnych, szczepień ochronnych w odniesieniu do ludzi starszych, jeżeli oni są wyłączeni z badań klinicznych? Moje pytanie zmierza właśnie do tego, żeby się upewnić, czy jest taka praktyka i czy jest nadzieja na to, żeby ta luka w wiedzy na temat starzejącego się organizmu i pewnych zagrożeń związanych, np. z infekcjami… Mówimy o przełomie epidemiologicznym, o tym, że choroby zakaźne to już jest sprawa *passé*. Ale nie dotyczy to osób starszych. Osoby starsze są szczególne wrażliwe na schorzenia infekcyjne, które wikłają te choroby o znaczeniu społecznym. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Serdecznie dziękuję panu profesorowi. Dziękujmy też za wszystkie inicjatywy Rządowej Rady Ludnościowej, które są podejmowane i które pokazują związek między dobrym utrzymaniem w zdrowiu a wyzwaniami demograficznymi i takim pełnowartościowym funkcjonowaniem w społeczeństwie. O głos poproszę pana profesora Bolesława Samolińskiego, stałego doradcę Komisji Polityki Senioralnej.

**Stały doradca Komisji prof. dr hab. Bolesław Samoliński:**

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie i panowie ministrowie, szanowni państwo. Temat dzisiejszego spotkania to zdrowe starzenie się – wyzwaniem dla innowacji. Generalnie, innowacyjność w polityce senioralnej ma krytyczne znaczenie. Na podstawie danych demograficznych i diagnozy stanu obecnego wiemy, że jeżeli pozostawimy rzeczywistość dotyczącą osób w wieku podeszłym, zarówno z punktu widzenia zdrowia, jak i polityki społecznej, w stanie niezmienionym, to w perspektywie najbliższych 20-30 lat czeka nas absolutna katastrofa, gdyż innowacyjność ma nam pomóc w rozwiązaniu problemów opieki nad seniorami i wsparciu ich w życiu codziennym tak, żeby zoptymalizować koszty zarówno zdrowotne, społeczne, jak i finansowe. I to jest kluczowa sprawa.

Problem polega na tym, że w „Założeniach długofalowej polityki senioralnej”, dokumentu rządowego przyjętego 24 grudnia 2013 r., o których to zresztą dokumentach panowie wspominali, mamy bardzo wyraźnie zaznaczoną potrzebę tej innowacyjności. W praktyce jednak dokument ten jest pozycjonowany w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. I w tym momencie tzw. silosowość naszego funkcjonowania, czyli resortowy charakter funkcjonowania polityki w naszym kraju, prowadzi do tego, że innowacyjność, którą zarządza ministerstwo nauki, ma się nijak do innowacyjności, która jest nam potrzebna w systemie ochrony zdrowia i myślę tu o integracji wszystkich działań na rzecz innowacyjności w zakresie *e-health*, czyli e-zdrowia na potrzeby chociażby integracji z platformą, która budowana jest z kolei przez MZ, czyli centrum systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

Zupełnie inaczej funkcjonuje też innowacyjność, która jest realizowana w ramach innego dokumentu rządowego, jakim jest Aktywizacja osób w wieku podeszłym, czyli tzw. ASOS, przyjętego również 24 grudnia 2013 r., bo ta z kolei polityka jest realizowana w ministerstwie pracy. Brak integracji tych zjawisk, tych działań, tej polityki powoduje, że faktycznie są bardzo duże środki przeznaczone m.in.… Jeżeli mówimy o STRATEGMED, to akurat STRATEGMED jest mi najlepiej znany, bo jestem członkiem komitetu sterującego tego gigantycznego programu, finansowanego ze środków publicznych na poziomie 800 mln zł, bez dotacji unijnej, czyli to jest własny wkład rządu polskiego w innowacyjność w ochronie zdrowia. Dedykacja tego zagadnienia dotyczącego zdrowia publicznego jest tam faktycznie ograniczona. Dla seniorów jest to o tyle istotne, o ile ta innowacyjność, która tam jest budowana, służy wszystkim, zarówno tym w wieku średnim, młodym, jak i w wieku podeszłym. Trzeba sobie teraz wyraźnie powiedzieć, że nie ma różnicy w zakresie ochrony zdrowia. W momencie, kiedy mamy innowacyjność, to ona służy wszystkim przedziałom wiekowym, aczkolwiek wiadomo, że myślimy tu głównie o seniorach z prostego powodu –to oni w 65% są beneficjentami systemu ochrony zdrowia i wymagają największego wsparcia spośród wszystkich grup społecznych.

Otóż ja mam jedną generalną uwagę, która przez lata właściwie pozostaje niezmieniona z mojego punktu widzenia. Byłem sekretarzem Rady Naukowej Ministra Zdro-

wia na początku lat dwutysięcznych i muszę powiedzieć, że z przerażeniem obserwuję, jak właśnie ta resortowość coraz bardziej się zaznacza. Jestem przeciwnikiem tego, aby np. MZ, które jest ministerstwem bardzo naukowym – oprócz ministerstwa nauki jest to drugie ministerstwo, które ma w bezpośrednim kontakcie innowacyjność na co dzień jako problem, i to innowacyjność zarówno w zakresie poznania naukowego tego podstawowego, czyli nauk podstawowych, jak i tego wdrożenia, które jest typowe dla programu NCBR – było pozbawiane środków na finansowanie nauki i cała koncentracja tych środków jest w ministerstwie nauki. Co z tego wynika? Ministerstwo nauki realizuje określoną polityką, która pewnie z punktu widzenia ministerstwa nauki jest polityką słuszną, ale z punktu widzenia resortu zdrowia jest polityką, która się rozmija z rzeczywistymi potrzebami. To jest to, o czym pan minister mówił – że jest taka potrzeba, żeby jednak doszło do pewnej integracji, moim zdaniem, międzyresortowej i, moim zdaniem, na dosyć wysokim poziomie.

Niedawno mieliśmy takie bardzo ciekawe spotkanie u Pracodawców RP, gdzie dyskutowaliśmy na temat, w jaki sposób w Izraelu m.in. rozwiązano problem polityki senioralnej. I muszę powiedzieć, że jest to dla mnie wzorcowe rozwiązanie. Osiem lat temu powołano tam instytucję, która w sposób centralny ustaliła strategiczną politykę w tym zakresie, wciągając oczywiście i dzieląc te wszystkie zagadnienia stosownie do kompetencji na poszczególne resorty i w ten sposób budując jedną spójną całość. Mam wrażenie, że „Założenia długofalowej polityki senioralnej" były pierwszym krokiem w tym kierunku, ale niewystarczającym. Nam potrzebna jest właśnie taka integracja, taki narodowy program, w którym byłyby zdefiniowane potrzeby bardzo szeroko rozumiane w zakresie postępu naukowo-technicznego, tego *evidence-based medicine* – mówił o tym pan prof. Szymborski – którego brakuje w polityce senioralnej. Faktycznie, do 65. roku życia prowadzi się badania, po 65. roku tych badań się nie prowadzi, a metabolizm osób w wieku podeszłym jest zupełnie inny. Znowu nie mamy ukierunkowanych odpowiednich programów. To oczywiście też jest forma innowacyjności, bo jeżeli mówimy o innowacyjności, to nie jest to tylko e-zdrowie, nie jest tylko telemedycyna, ale to jest również nowoczesna technologia farmakologiczna, która musi być na co dzień narzędziem pracy lekarza z chorym człowiekiem. I w zdecydowanej większości tym chorym człowiekiem jest właśnie senior.

Tak że, moim zdaniem, tutaj głównym problemem i wyzwaniem dla nas, dla polskiego rządu, jest zbudowanie spójnej, zintegrowanej, międzyresortowej polityki, która by służyła temu, żeby zoptymalizować koszty na potrzeby i na zdefiniowanie potrzeb osób w wieku podeszłym. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Za chwileczkę oddam głos, ale odnieść chciał się pan prof. Duch, który będzie musiał pójść na kolejne posiedzenie.

**Podsekretarz stanu w MNiSW Włodzisław Duch:**

Muszę przedstawić wykorzystanie środków europejskich w Komisji, która w tej chwili rozpoczęła obrady, to jest główna prezentacja, tak więc muszę państwa opuścić. Ale chciałem powiedzieć, że jak najbardziej zgadzam się z panem profesorem, że potrzebujemy spójnego programu międzyresortowego. To, że trudno jest takie programy uruchomić, to jest jedna z naszych bolączek, nie tylko w zakresie polityki senioralnej. Różne resorty muszą ze sobą współpracować, żeby można było wykonać pewne zadania w sposób spójny.

Wspomnę, że jeśli chodzi o badania kliniczne, które się robi na osobach starszych, przede wszystkim potrzebujemy czegoś, co się nazywa niekomercyjnymi badaniami klinicznymi, czyli sprawdzenia, czego naprawdę potrzebujemy, jakie leki działają na większą skalę, jak wygląda epidemiologia, rozpowszechnianie i rozprzestrzenianie się różnych chorób. I na to, z powodów zupełnie formalnych, muszę powiedzieć, nie można było znaleźć finansowania, gdyż NCBR nie może finansować rutynowych badań, a z drugiej strony, NFZ nie finansuje rzeczy związanych z nauką. Ale rozmawialiśmy z dyr. Kurzydłowskim i z ministrem Radziewiczem-Winnickim w tej sprawie i wydaje się, że znaleźliśmy w końcu rozwiązanie i naprawdę muszę państwu powiedzieć, że to trwało ostatnie

pół roku, sporo było rozmów na ten temat, problemy legislacyjne czasami potrafią nas zatrzymać na dłuższy czas. Wydaje się, że mamy dobre rozwiązanie, żeby zrobić jakiś krok do przodu.

Dziękuję państwu i przepraszam, że muszę uciekać, ale druga Komisja już czeka.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Zanim pan profesor, minister, że tak powiem, się podniesie, zadam jedno pytanie. Wspominaliśmy o jednym z najfantastyczniejszych badań, jakie zostały przeprowadzone jeśli chodzi o sytuację osób starszych w naszym kraju, czyli o PolSeniorze. Jak rozumiem, kontynuacja PolSeniora na kolejne lata nie uzyskała wsparcia dofinansowania w ramach programu STRATEGMED. Czy pan minister dostrzega jakieś inne programy, które są w dyspozycji ministra nauki i szkolnictwa wyższego lub też NCBR tak, aby ten program, który też się skończył, a jest jakąś wiedzą dotyczącą sytuacji osób starszych na określony dzień czy określoną datę, mógłby być kontynuowany? To jest dla nas, myślę przede wszystkim o Komisji Polityki Senioralnej, ale także dla rządu podstawowe źródło wiedzy na temat różnych aspektów i społecznych, i medycznych dotyczących funkcjonowania osób starszych w naszym kraju.

**Podsekretarz stanu w MNiSW Włodzisław Duch:**

Dziękuję bardzo za to pytanie. Proszę państwa, potrzebujemy kontynuacji tego programu, to jest sprawa jasna. Program był ze środków ministerstwa, czyli z programu ministra, to był program systemowy za nasze własne pieniądze. Wydaje się, że możemy pomyśleć o jakimś dalszym kroku, ale to są stosunkowo małe programy. Jeśli byśmy mieli wskazać, gdzie są naprawdę duże pieniądze, które mogą pomóc nam sformułować spójny program, to wydaje mi się, że właśnie w tej Wspólnocie Wiedza i Innowacje, o której mówiłem, czyli w KIC-ach, bo to są duże projekty europejskie i Europa patrzy na to jak na problem paneuropejski. W ramach tego Uniwersytet Medyczny w Łodzi rzeczywiście jest jednym z ważnych ogniw w tym wszystkim i te programy formułują się w tej chwili. Spotykałem się z panią rektor z pięć razy przynajmniej, tak że postaram się porozmawiać, jakie są szanse na to, żeby rzeczywiście… Bo program dotyczy aktywnego starzenia się, w szczególności ten, w którym KIC bierze udział. I te programy w skali europejskiej – tam jest naprawdę dużo podmiotów… Bo tutaj jest 140 instytucji, ale poprzednie tego typu wspólnoty w skali europejskiej miały budżet rzędu 100 mln euro rocznie. Więc to jest naprawdę wielki program

Ale teraz już naprawdę muszę uciekać, bo to jest wiodąca prezentacja.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Panie ministrze, bardzo dziękujemy za obecność, zwalniamy pana, życząc kolejnej dobrej Komisji. W tej sprawie również pan profesor Samoliński, który, jak rozumiem, też zasiada w Komitecie Programu STRATEGMED. Bardzo proszę.

**Stały doradca Komisji prof. dr hab. Bolesław Samoliński:**

Nie. To znaczy, są dwie informacje, jedna, która się bezpośrednio wiąże z tym, o czym mówił pan minister. Łódzki ośrodek stworzył program HARC, to jest ten program, o którym mówił pan minister, on jest finansowany na poziomie 5 mln euro ze środków unijnych i jest poświęcony faktycznie problemom osób w wieku podeszłym. Ale tu jest problem drugi, który się wiąże ze STRATEGMED i programem PolSenior. PolSenior II był faktycznie zgłoszony do programu STRATEGMED, ale nie spełniał kryteriów STRATEGMED. Dlaczego? Bo STRATEGMED ma innowacyjność wdrożeniową, czyli ma na celu badania nie podstawowe, nie populacyjne, tylko ma mieć na celu jakiś efekt w postaci konkretnego produktu. A PolSenior żadnego produktu nie proponował i to był zasadniczy powód, że przegrał w tym konkursie. Dostał bardzo dobre opinie, ale nie zmieścił się w tym programie. To jest bardzo ważne wyzwanie.

Drugi aspekt jest taki, że jeżeli nawet weźmiemy ten program łódzki HARC i będziemy chcieli na jego bazie zrobić PolSeniora, to się tego nie da zrobić, ponieważ poziom finansowania PolSeniora jest dosyć wysoki, to jest rząd kilku milionów złotych, czyli musielibyśmy w ramach HARC wyasygnować, wydzielić środki, czego się nie da zrobić na tym

etapie projektu łódzkiego. Jest to niemożliwe, bo ten projekt został już przyjęty i zaakceptowany przez Unię.

Moim zdaniem, jest to właśnie takie… do tego, o czym mówię, do polityki międzyresortowej, dlatego że PolSenior integruje problematykę właśnie tę gerontologiczną z problematyką geriatryczną. To jest specyfika tego projektu, bo tam są poruszane zagadnienia społeczne, godność życia ludzkiego w wieku podeszłym, jak i elementy zdrowotne. Ale to niestety było badanie na 9 tys. respondentów, bardzo precyzyjnie określające parametry medyczne, a to kosztuje duże środki finansowe.

Panie przewodniczący, zapomniałem o jednej bardzo ważnej rzeczy. Siedzę naprzeciwko pana dyrektora i ciągle myślę o Instytucie Reumatologii, który przejmuje wiodącą rolę w zakresie geriatrii. Właśnie dyskutowaliśmy o szerokiej roli tego instytutu w przeszłości. Mieliśmy sejmową Komisję zdrowia i polityki społecznej poświęconą temu zagadnieniu, m.in., jak daleko gerontologia powinna być odzwierciedlona w Instytucie Reumatologii, a jak daleko geriatria. Trochę to koresponduje z tym, o czym mówiła pani profesor. Otóż nam faktycznie brakuje wiodącego ośrodka, który z punktu widzenia naukowego by budował taką perspektywę gerontologiczną, w istotny sposób dostrzegając też problemy geriatrii. I ciągle wierzymy, że Instytut Reumatologii spełni tę rolę. Nie spełni jej jednak, jeśli nie będzie miał właściwego finansowania. To jest to wyzwanie. Muszą być przeznaczone środki dla jednostki naukowej jednej, drugiej, trzeciej, które będą poświęcone tej problematyce, czyli zagadnieniom zdrowotnym i zagadnieniom społecznym tworzącym jedną całość. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Dziękuję panu profesorowi za uzupełnienie wcześniejszej wypowiedzi i komentarz.

Bardzo proszę o przedstawienie się i zabranie głosu.

**Przedstawiciel MDT Medical sp.o.o. Jacek Gleba:**

Jacek Gleba, MDT Medical. Chciałem podzielić się kilkoma refleksjami na temat poprzednich wypowiedzi i innowacji w polskiej geriatrii. Pierwsza kwestia, którą chciałem poruszyć, jest taka, że prawdopodobnie inwestując nawet maksymalne środki, nie będziemy liderem w sensie technologii medycznych, telemedycyny i teleopieki. Możemy być natomiast liderem w innych kwestiach i być może to wymaga refleksji. W tej chwili technologii telemedycznych, teleopieki jest już bardzo dużo, są rozwinięte, można je kupić i być może jest to tańsze niż inwestowanie w rozwijanie tego samego.

Popieram wielu moich przedmówców, bardzo ich popieram w sensie tego, o czym mówili, że raz, potrzebne są rozwiązania na dziś, dwa, innowacyjność, być może, będzie skoncentrowana na modelu opieki, a nie na samej technologii – czyli to, co w Komisji Europejskiej przewija się od kilkunastu lat i co jest tendencją w modelach opieki w ramach polityki zdrowotnej w Europie, i co jest kluczem do sukcesu krajów takich, jak Hiszpania, Wielka Brytania, Skandynawia, to jest zintegrowanie systemu opieki zdrowotnej: centrum są systemy telemedyczne, ale główna refleksja poszła w kierunku, jak zmieniamy systemy opieki zdrowotnej, żeby w kontekście technologii, która wchodzi dziś, te systemy działały bardziej efektywnie. Dzięki temu, np. wprowadzenie na terenie Polski telemedycyny do systemu opieki zdrowotnej przyniesie, jak obliczamy, blisko miliard zł oszczędności, o ile będzie wprowadzona na poziomie systemowym. Czyli telemedycyna może się utrzymać sama z siebie.

Wprowadzając teleopiekę, przy tym samym budżecie możemy się zaopiekować pięć razy większą liczbą osób. Więc jeśli będziemy wdrażali pojedynczo technologię jako rozwiązania punktowe (co budzi mój wielki niepokój), czyli będziemy kontynuować proces, który jest obecnie, mówiąc, że będziemy rozciągali technologię, np. na opiekę kardiologiczną czy opiekę X, jako technologię wdrożoną i będziemy w to inwestować bez zmiany modelu opieki, to będziemy generowali koszt, a nie będziemy wykorzystywali potencjału, jaki daje faktycznie telemedycyna. To jest jeden aspekt.

Kolejny aspekt, w sensie integracji: gdybyśmy chcieli tworzyć faktycznie efektywne, innowacyjne systemy opieki nad osobami starszymi, to wymaga to integracji na poziomie lokalnym – powiatów, gmin, miast. Jednocześnie te modele opieki (tydzień temu ten temat był poruszany w Komisji Europejskiej) opieki zintegrowanej czy opieki spe-

cjalistycznej, opieki medycznej POZ w tej chwili stają przed kolejną integracją, czyli … opieki socjalnej i opieki medycznej. Myślę, że opracowanie innowacyjnych rozwiązań na poziomie Polski, które pozwalają na oddolny wzrost tego rodzaju integracji, byłby prawdopodobnie największym postępem i miałby największe przełożenie finansowe i organizacyjne na opiekę senioralną w tej chwili w Polsce.

Kolejny element, który widzę, a który może zablokować na wiele lat rozwój opieki senioralnej, telemedycyny i teleopieki, to model finansowania. Przy obecnym dwutorowym modelu finansowania obawiam się, że na poziomie realnej opieki będziemy stali cały czas przed konfliktem, kto płaci za jaką usługę, kto w danym momencie opiekuje się pacjentem, a kto nie. I to będzie olbrzymi hamulec tego, co ewentualnie możemy czy technologicznie, czy finansowo, czy już z nakładem kapitału wdrożyć. To idzie oczywiście w parze ze zdrowiem i z systemem opieki nad osobami starszymi, który można wdrażać.

Kolejny element, który mógłby być też innowacyjny, to element polityki wzrostu systemów opieki. Możemy wybrać model, że budujemy strukturę centralną, która obejmuje kraj – tak na marginesie, tego rodzaju system nigdy się nie powiódł w żadnym kraju na świecie, które starały się go wdrożyć. To, co było kluczem do sukcesu właśnie krajów skandynawskich, Francji, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, to były modele oddolne, czyli tworzymy modele na poziomie gmin, miast, województw i te modele oddolne są potem wzajemnie integrowane. To jest kolejny moment, że możemy być innowacyjni, możemy ten model zmienić, żeby był ciekawszy. I być może nie potrzeba by było 5-7 lat na wdrożenie, moglibyśmy to zrobić za rok, za pół roku, czy nawet szybciej. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):**

Bardzo dziękuję za tę wypowiedź. Czy są jeszcze jakieś głosy w dyskusji?

Bardzo cieszy mnie głos pana prof. Ducha i pana prof. Samolińskiego, żeby jednak nie zmarnować tej szansy, jaką byłaby druga odsłona programu PolSenior i poszukiwać takich źródeł finansowania, które będą realne. Aby pozyskać środki na badania naukowe, które mają istotne przełożenie na pewną praktykę czy też projektowanie określonych polityk publicznych, które mają charakter interdyscyplinarny, o czym sobie powiedzieliśmy. Warto też upowszechniać i propagować dobre przykłady innowacji, nowych technologii, które służą i medycynie, i opiece nad osobami starszymi. Na pewno taką inicjatywą jest konkurs „Przyjaźni seniorom”, który zainicjowała Fundacja Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku razem z Fundacją Teraz Polska. Dziękuję za to działanie również pani prezes Krystynie Lewkowicz, bo należy dostrzegać inicjatywy, które odpowiadają na realne potrzeby osób starszych, jak również wzmocnienia formy opieki medycznej, ale także usług opiekuńczych.

Szanowni państwo, spotykamy się za dwa tygodnie. Informacja o porządku posiedzenia zostanie państwu przesłana.

Mamy jeszcze w tej kadencji około sześciu posiedzeń Sejmu. Dostrzegam, że plan pracy, który zaprezentowało prezydium Komisji, a Komisja przyjęła do realizacji, powoli się wyczerpuje. Proponuję więc, abyśmy byli w kontakcie tak, żeby nowe obszary, które państwa interesują, a które nie były wcześniej przedmiotem prac innych Komisji, które dotyczą tematycznie polityki państwa wobec osób starszych, mogły być zgłaszane przez państwa do sekretariatu Komisji, najlepiej pod e-mailem: *kpsn@sejm.gov.pl* . Będziemy wtedy w stanie odpowiedzieć na różne potrzeby, także dotyczące konkretnych propozycji.

Ogólnie powiem tylko tyle, że na kolejnym posiedzeniu prezydium Komisji chcielibyśmy przedyskutować jedną inicjatywę legislacyjną, która by miała na celu ustawową regulację pewnych narzędzi, które by także pozwalały nam, ale również rządowi monitorować sytuację osób starszych w naszym kraju. Ale nie chciałbym wyprzedzać pewnych faktów, ponieważ wcześniej chciałbym w pełnym składzie prezydium tę inicjatywę przedstawić tak, abyśmy jeszcze być może w tej kadencji stworzyli pewien trzon regulacji, która mogłaby wejść w życie i być pewnym wsparciem, ale też pewnym filarem, który chcielibyśmy pozostawić po tej kadencji Sejmu, aby pewne rozwiązania systemowe mogły funkcjonować także w kolejnych odsłonach polskiego parlamentu. Bardzo dziękuję.